

Po chirurgickém zákroku se k těmto cílům přidávají:

- docílení časně pooperační mobilizace
- zkrácení doby pobytu v nemocnici (2)

Obecné cíle léčby bolesti u seniorů jsou:

1. pacient-senior bez bolesti, či bolest přijatelné intenzity
2. zachování co nejvyšší možné míry samostatnosti, funkčních schopností a aktivity
3. předcházení iatrogenním komplikacím, jako jsou pády, gastrointestinální krvácení, žaludeční obtíže a změny kognitivních funkcí (3)

HODNOCENÍ BOLESTI

Bolest je subjektivní, proto je nutné s pacientem komunikovat a zjistit jeho prožívání. Důležité je hodnotit každý typ bolesti zvlášť. Někteří pacienti preferují verbální škálu, jiní numerickou. Cílem je kvantifikovat bolest, zhodnotit její dopad na pacientovo fungování a efekt do-
savadní léčby.

Příklady nástrojů pro hodnocení:

- Vizuální analogová škála (VAS): 100 mm úsečka, kde 0 = žádná bolest, 100 = nejhorší bolest, jakou si pacient dokáže představit
- Numerická škála: 0 = žádná bolest, 10 = nejhorší bolest
- Verbální škála: definované kategorie – od žádné bolesti po nejhorší bolest (4)

STRATEGIE LÉČBY

Optimální strategií léčby akutní bolesti je tzv. **multimodální analgezie** – kombinace různých postupů a lékových skupin. Ta zvyšuje účinnost léčby, snižuje nežádoucí účinky a minimalizuje potřebu opioidů (5, 6).

Pro všechny pacienty, bez ohledu na očekávanou intenzitu bolesti, by léčba akutní bolesti měla zahrnovat:

- **nefarmakologické techniky** (např. led nebo teplo, elevace, imobilizace, klid, relaxační techniky nebo meditace) podle potřeby
- **lokální nebo regionální anestetické/analgetické techniky** (např. neuroaxiální analgezie, periferní nervové blokády), pokud jsou vhodné (nejčastěji u pacientů podstupujících chirurgické zákroky)
- **paracetamol a nesteroidní antiflogistika** (NSAID), pokud neexistují kontraindikace, použít v kombinaci (6)

NAČASOVÁNÍ

U akutní pooperační bolesti může být vhodné podání analgetik před, po i během operace. Mnoho pacientů dle výzkumu pociťuje maximum bolesti 1. až 3. den po operaci či zranění, dále pak bolest do 7. dne výrazně klesá. Záleží však na mnoha faktorech pacienta, jako je např. předchozí užívání alkoholu, drog, psychický stav a věk, stejně tak na faktorech operace (6, 7).

Dle některých dostupných zdrojů se zdá lepší podávání analgetické medikace pravidelně, než „dle potřeby“, avšak je třeba dalšího výzkumu (8).

FARMAKOTERAPIE

Základním modelem pro farmakologickou léčbu bolesti je analgetický žebříček WHO (Obr. 1).

Původně byl užíván k léčbě nádorové bolesti. Zobrazuje víceúrovňový systém klasifikace analgetik při léčbě bolesti. Při revizi byl doplněn jednak o 4. stupeň, představující léčbu nefarmakologickou, jednak o šipky naznačující možné postupy při léčbě bolesti (9). U akutní bolesti se často využívá postup tzv. step down, tedy od silnějších analgetických kombinací ke slabším (10).

Obr. 1. Analgetický žebříček WHO (převzato a upraveno dle (8))

